

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE

ANNEE 1972 — N°

SUJET
MEDECINE ET SERVICE NATIONAL

(UN AN D'ACTIVITE SERVICE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
HOPITAL CIVIL DE OUARGLA).

THESE

pour Le DOCTORAT EN MEDECINE
Présentée et Soutenue Publiquement

Le 10 JUIN 1972

P A R

M^r HABCHI Bousoultane

né le 12 Juin 1939 à TLEMCEN

MEMBRES DU JURY

MM. B. AIT - OUYAHIA :	Professeur de Gynécologie - obstétrique	}	PRESIDENT
B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie générale		
S. ZERDANI :	Maître de Conférence Agrégé (Médecine générale)	}	JUGES
J. P. GRANGAUD :	Maître de Conférence Agrégé de pédiatrie		

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET PHARMACIE

ANNEE 1972 — N°

SUJET
MEDECINE ET SERVICE NATIONAL

**(UN AN D'ACTIVITE SERVICE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
HOPITAL CIVIL DE OUARGLA).**

THESE

pour Le DOCTORAT EN MEDECINE
Présentée et Soutenue Publiquement

Le 10 JUIN 1972

P A R

M^r HABCHI Bousoultane

né le 12 Juin 1939 à TLEMCEN

MEMBRES DU JURY

MM. B. AIT - OUYAHIA :	Professeur de Gynécologie - obstétrique	}	PRESIDENT
B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie générale		
S. ZERDANI :	Maître de Conférence Agrégé (Médecine générale)	}	JUGES
J. P. GRANGAUD :	Maître de Conférence Agrégé de pédiatrie		

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET PHARMACIE

ANNÉE 1972

2017

MÉDECINE ET SERVICE NATIONAL

(UN AN D'ACTIVITÉ SERVICE GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
HÔPITAL CIVIL DE GARGA)

THÈSE

Pour le DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement

Le 10 JUIN 1972

PAR

M. HASCHI Bousoufiane

né le 12 juin 1939 à TLEMCEN



MEMBRES DU JURY

PRÉSIDENT

Professeur de Gynécologie - Obstétrique

M. AIT OUYAHIA

Professeur de Chirurgie Générale

M. MENTOURI

Maitre de Conférences Spécial

M. ZERDANI

(Médecine Interne)

Maitre de Conférences Spécial

M. P. GRANGAUD

et Médecin

SERMENT d ' HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples et selon la tradition
d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle
aux lois de l'honneur et de la probité dans
l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes
yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue
taira les secrets qui me seront confiés et mon
état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à
favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes
Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime.
si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois
couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères
si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE

A MA MERE, A MON PERE auxquels je dois tout
Je leur dédie cette Thèse, modeste témoignage
de ma profonde reconnaissance et de mon immense affection
affection.

A MA FEMME, je lui redis tout mon amour.

A MA PETITE FILLE, qui me donne beaucoup de joie.

:
A MES BEAUX PARENTS avec ma profonde affection.

AU COMMANDANT DE LA 4ème REGION MILITAIRE,
SI MOHAMED ATAILIA et à son CHEF d'ETAT MAJOR
Le Commandant SI LARBI BELKHAIR qui m'ont si
aimablement aidé

A MON AMI, le Docteur HALLOUCHE

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur Le Professeur AIT OUYAHIA

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Pour le clair et riche enseignement clinique dont nous avons bénéficié à la faculté lorsque nous étions étudiant.

Il nous a accueilli dans son service avec grande sollicitude. Ses leçons cliniques au lit du malade nous ont fait comprendre et aimer la gynécologie obstétrique et nous ont poussé à nous spécialiser.

Il nous a confié le sujet de cette thèse. Il nous a guidé avec patience le long de ce travail, nous le remercions pour la grande bienveillance qu'il nous a témoigné pour sa réalisation.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre profond attachement et notre respectueuse admiration.

A NOS JUGES

Monsieur Le Professeur E. MENTOURI

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter d'être l'un de nos juges. Il nous a toujours accueilli avec amabilité et bien que nous n'ayons pas eu la chance de travailler dans son service, nous avons pu apprécier la clarté de ses leçons.

Monsieur Le Professeur Agrégé ZERDANI

C'est un grand honneur pour nous de le compter parmi nos juges. Qu'il soit assuré de notre gratitude.

Monsieur Le Professeur Agrégé GRANGAUD

Faisant fonction d'externe en pédiatrie, nous avons pu profiter de son enseignement rigoureux. Il nous a réservé le plus sympathique accueil. Nous avons toujours trouvé auprès de lui des conseils éclairés. Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES
HOPITAUX D'ALGER.

A MES CONFRERES ET AMIS DE L'HOPITAL DE OUARGLA
ET DE LA D.D.S DES OASIS.

A TOUS CEUX QUI ONT PARTICIPE A LA REALISATION
DE CE TRAVAIL.

I N T R O D U C T I O N

Après un séjour d'un an à l'hôpital civil de OUARGLA (Oasis) au titre du Service National, nous avons, sur les conseils de notre Maître le Professeur AIT-OUYAHIA dressé un bilan d'activité sous le double aspect :

- de la contribution dans la marche des services de santé publique,

- du perfectionnement dans la spécialisation en cours

Ces activités ont été de deux ordres :

- protection maternelle et infantile (PMI)
- et surtout Gynécologie Obstétrique

La ville de OUARGLA est située dans la Wilaya des OASIS, dans une région saharienne de caractères géographiques et socio-économiques particuliers que nous situerons dans la première partie de ce travail.

Puis après avoir décrit les conditions de travail, nous étudierons en les analysant nos activités : PMI et Gynécologie Obstétrique.

La dernière partie sera consacrée à des remarques et réflexions. Nous adopterons donc le plan suivant :

I - LA REGION DE OUARGLA

- 1 - Géographie physique
- A : 2 - Géographie humaine
- B : Etat sanitaire de la région

II - L ' HOPITAL DE OUARGLA

Le service de Gynécologie - Obstétrique

• 1 - Le fonctionnement

- Hopital
- Maternité

2 - Bilan général d'activité : Année 1971

- Tableau
- Analyse

CONCLUSION.

I - REGION DE OUARGLA:

1°) - Géographie physique

La Wilaya des Oasis est de loin la plus étendue de l'Algérie, puisqu'elle représente à elle seule 1.380.000 Km², soit 53% de la superficie totale du territoire national.

Plateaux pierreux et massifs rocheux constituent le relief de cette wilaya. La wilaya des Oasis présente les caractéristiques climatiques des zones arides. Les températures peuvent atteindre 50° en été, la pluviosité est extrêmement faible et très irrégulière.

2°) - Géographie humaine

Pays immense, le département des Oasis est aussi un pays vide, Au recensement de 1966 sa population s'élevait à 502.668 habitants. En l'absence de statistique officielle on peut estimer à près de 3% la progression démographique annuelle.

La wilaya des Oasis se divise en 9 Dairates :

- Les Dairates du Nord

(El-Oued, Touggourt, Ouargla, Ghardia, Laghouat) à densité de population relativement forte concentrée en agglomérations importantes, à réseau routier excellent donc à communication facile.

- Les Dairates du Sud

(In-Salah, Tamamrasset, Djenet, El-Goléa) à densité de population extrêmement faible (ex: Tamamrasset + 0,35 habitant au Km²), à réseau routier quasi inexistant, donc à pénétration difficile avec enclavement complet des agglomérations. Cf carte : En rouge, les villes et agglomérations dont sont originaires les malades de l'Hôpital de Ouargla.

Si l'on excepte les centres pétroliers de Hassi Messaoud et de Hassi-R'Mel, pratiquement sans incidences économiques directes sur les arrondissements avoisinants, l'agriculture et l'élevage constituent les ressources principales des



populations. L'agriculture est basée surtout sur la culture du palmier dattier, l'élevage est l'unique ressource des nomades. Populations essentiellement rurales et pastorales, les habitants du SAHARA demeurent encore attachés aux traditions millénaires du fait de leur isolement.

Cependant, la route, " cordon ombilical " de la civilisation moderne, la scolarisation intensive entreprise depuis 1962 ont profondément bouleversé les coutumes anciennes.

3°) Etat sanitaire de la région

A) - Les Médecins

65 médecins sont en service dans la région, dont 11 à OUARGLA, parmi lesquels 4 médecins du Service National. La densité médicale dans la wilaya des OASIS est relativement bonne puisqu'on compte 1 médecin pour 9.248 habitants.

Cette densité est pourtant insuffisante eu égard aux servitudes liées a des conditions géographiques particulières.

B) - Hopitaux et Centres de Santé

La wilaya possède 9 hopitaux, situés dans chaque chef lieu de Daïra et 8 Centres de Santé dans les agglomérations les plus importantes, ce qui porte à 17 les établissements d'hospitalisations et de soins.

C) - Service des Consultations - Hospitalisations

Consultations et soins année 1971 dans les centres hospitaliers ou de santé à OUARGLA : 114.072

Hospitalisés : 3.174 dont 454 enfants.

Journées d'hospitalisations :

Adultes : 35.921

Enfants : 8.486

Total : 44.407

Les consultations sont biquotidiennes et sont assurées par plusieurs médecins. Dans la salle des soins, les consultations sont périodiques. Les soins infirmiers sont donnés chaque jour.

D) - Fonctionnement des services médicaux et sociaux
dépistage, médecine préventive et éducation sanitaire des masses.

α) - LUTTE ANTITRACHOMATEUSE

L'ampleur que présente dans les OASIS l'endémie trachomateuse justifie pleinement les moyens mis en oeuvre pour lutter contre ce fléau.

En 1 année, 240.000 tubes de pommade à l'auréomycine à 1% ont été mis en place dans les différents A.M.S. La lutte antitrachomateuse s'exerce essentiellement dans le cadre de l'hygiène scolaire et de la P.M.I. Appliquée depuis plusieurs années cette antibiothérapie porte ses fruits. Rappelons les chiffres donnés par l'O.M.S. à la suite d'une enquête faite en février 1969.

Groupes d'enfants	Effectif examiné	Sujets indemnes		Trachomes guéris		Trachomes évolutifs		Index de gravité
		Nb	%	Nb	%	Nb	%	
6 à 7 ans	955	206	21,9	138	14,2	64	63,9	19.
plus âgés	751	96	12,8	483	64,3	172	22,9	15,8
Total	1706	302	17,8	621	36,4	783	45,8	18,94

b) - LUTTE ANTITUBERCULEUSE

Prévention

La campagne de vaccination de masse par le B.C.G. entreprise en 1969 s'est terminée cette année. La méthode utilisée est celle prescrite par le Ministère de la Santé Publique.

Vaccination B.C.G. indiscriminée des enfants non encore scolarisés. Vaccination indiscriminée de la tranche de la population comprenant les post-scolaires jusqu'à 20 ans. Vaccination B.C.G. des enfants scolarisés dans le cadre du service de l'hygiène scolaire.

En 1970 : 44.318 vaccinations au B.C.G. ont été pratiquées (16.769 à OUARGLA depuis 1966, soit 29,6% de la population).

Dépistage

Cinq dispensaires anti-tuberculeux fonctionnent régulièrement dans chacun des grands centres (OUARGLA, TOUGGOURT, EL-OUED, LAGHOUAT et GHARDIA).

Traitement

Le décret 69-66 du 8 juillet 1969 a rendu obligatoire et gratuit le traitement de la tuberculose.

L'arrêté du 17 décembre 1969 (J.O.R.A.D.P.) du 17 mars 1970 en précise les modalités d'applications.

Le nombre de malades hospitalisés pour tuberculose dans l'ensemble des hopitaux de la wilaya a été de 1.548 (soit un nombre mensuel moyen de 129) représentant 49.423 journées d'hospitalisation sur un total de 300.000. Le nombre de tuberculeux nouvellement dépistés a été de 729. Le nombre de tuberculeux en traitement externe de 1.305 par mois.

c) - LUTTE ANTIPALUDIQUE

La campagne antipaludique s'est poursuivie au cours de l'année dans les conditions normales. Dans de nombreuses palmeraies on a effectué de petits travaux de drainage et d'assainissement.

Grâce à ces mesures et à la vigilance du service de lutte antipaludique, l'endémie palustre s'est peu manifestée au cours de l'année écoulée. Seul est à signaler un foyer épidémique localisé à l'agglomération de SAID-OTBA et CHOTT dans la banlieue de OUARGLA. Au cours de l'automne, 33 cas de paludisme tous confirmés par le laboratoire y ont été dépistés et traités.

Au cours de l'année le laboratoire de OUARGLA a pratiqué 12.555 examens systématiques de sang parmi lesquels 41 se sont révélés positifs.

A côté de ces 3 principaux fléaux les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes ont cette année encore sévi à l'état endémique dans le SOUF: sur 75 cas déclarés, 66 sont en provenance d' EL-OUED. La contamination des puits, l'emploi d'engrais humains sont vraisemblablement à l'origine de cette endémie.

Le M'ZAB, lui, a payé un lourd tribut au méningocoque. Sur 157 méningites cérébro-spinales, 93 sont originaires de GHARDIA ou de la région malgré la chimiothérapie mise en oeuvre dans l'entourage des malades; cette affection semble faire tache d'huile et gagner d'importance.

La diphtérie a sévi dans la région de LAGHOUAT (22 cas sur 34 déclarés); l'épidémie printanière a pratiquement cessé actuellement.

La rougeole et la coqueluche ont été les affections de l'enfance les plus répandues (700 et 265 cas déclarés).

Aucune oasis à l'exception de celle du grand Sud n'a été épargnée.

L'importance de ces maladies contagieuses s'estompe cependant derrière l'affection qui représente le fléau essentiel sévissant dans la wilaya : LA TUBERCULOSE

Pas de maladie de type tropical, à signaler toutefois la persistance du foyer de bilharziose vésicale à DJANET. Quelques leishmanioses cutanées à EL-OUED, un kala-azar à GHARDIA.

Les carences alimentaires sont assez fréquentes. Elles atteignent essentiellement les jeunes enfants au moment du sevrage. Le passage du sein maternel à l'alimentation de l'adulte sans régime intermédiaire est à l'origine de troubles trophiques. Cependant la supéramine, aliment relai, est de mieux en mieux acceptée par la population. Les foyers de scorbut dépistés l'an dernier sont en voie de disparition, en particulier à TAMAN-RASSET.

Enfin, l'épidémie de choléra n'a pas épargné les Oasis (M'GHAIR) et a nécessité la mise en oeuvre d'une vaccination de masse de tous les arrondissements frontaliers et d'une vaccination discriminée des services de sécurité de la wilaya.

II - HOPITAL DE OUARGLA

A - LE FONCTIONNEMENT

1°) Le Centre Hospitalier de OUARGLA comprend :

- un service de Médecine et Contagieux
- et un service de Chirurgie-Maternité

Ces deux services sont situés dans 2 groupes de batiments distincts
La capacité hospitalière est de 195 lits. Rappelons quelques données :

- OUARGLA et son agglomération comptent 50.925 habitants au 1er janvier 1971

- sa superficie est de 130.000 Km²

- 11 médecins, ce qui équivaut à 1 médecin pour 4.243 habitants.

La maternité a une capacité de 24 lits avec 2 salles de travail.

2°) Activités de spécialiste

a - La consultation :

Les consultations de gynécologie et obstétrique ont lieu tous les après-midi, dans un local attenant à la maternité. Consultant, beaucoup de stérilités primaires ou secondaires, des infections, des menaces d'avortements et des menaces d'accouchements prématurés.

C'est au cours de ces consultations que sont réalisés les examens para-cliniques rapportés dans le bilan général d'activité. (Les biopsies d'endomètre et les biopsies testiculaires sont hospitalisées 24 heures).

b - La direction de la maternité :

Les visites de la maternité se font tous les jours, le matin. Le peu de lits nous oblige à faire sortir les femmes au 3ème jour, à condition que la température soit normale, qu'elles

ne saignent pas, que la montée laiteuse ait eu lieu et que l'état de l'enfant soit satisfaisant.

Les opérées sont suivies plus particulièrement (2 fois par jour) du fait d'une aide para-médicale insuffisante.

c - Le bloc opératoire :

Les interventions gynécologiques ont lieu 2 fois par semaine hormis les urgences et les interventions obstétricales (jour et nuit).

d - Par ailleurs :

Nous assurons la formation obstétricale théorique et pratique des futures accoucheuses rurales. Nous dispensons des cours de pédiatrie et d'obstétrique aux infirmiers et infirmières. Dans le cadre de la formation sanitaire de masse, nous avons été amenés à traiter :

- des maladies vénériennes devant les djounouds
- du choléra devant la population réunie par les autorités responsables.

BILAN GENERAL D ' ACTIVITE

I - LES CONSULTATIONS

A) Consultations de spécialité et examens paracliniques

1) Consultations gynécologiques et
obstétricales..... 3.236

2) Consultations spéciales de dépistage
anti-vénérien
= nombre de sujets examinés..... 431
= nombre de sujets contaminés 53

3) Examens paracliniques
- Hystérosalpingographie..... 74
- Biopsie d'endomètre 78
- Biopsie testiculaire..... 12
- Test de Hühner 42
- Insuflation 6
- Prélèvement pour recherche
du gonocoque 450
dont positifs..... 73
- Prélèvement pour sérologie de
la syphilis 57
dont positifs..... 4

B) Consultations et activités de P.M.I.

1) - Surveillance des Mères
- Visites prénatales 1.725
- Visites post natales 317
2) - Surveillance des enfants
de 0 à 6 ans 5.012

3) - Vaccinations :

- B.C.G.	558
- antivariolique:	411
- D.T.	5.719
- T.A.B.D.T.	421
- D.T. COQ	732
- Polio	4.457
- I.D.R.....	298

4) - Education sanitaire de groupes

faite à femmes	1.500
----------------------	-------

5) - Démonstration diététique

faite à femmes.....	1.687
---------------------	-------

6) - Nombre de tubes d'Auréomycine

distribués	15.080
------------------	--------

II - LA MATERNITE

A) OBSTETRIQUE

- Accouchements eutociques.....	552
- Accouchements dystociques.....	61
- Césariennes	33
- Forceps	17
- Perfusion d'ocytociques	7
- Manoeuvres obstétricales	4

Nouveaux nés

- enfants nés vivants	577
- enfants morts nés.....	11
- D.C.D. dans les suites de couches	20
- enfants macérés ou malformés.....	5
- prématurés de moins de 2kg500....	49
- prématurés de moins de 1kg800 ...	18

B) GYNECOLOGIE

- Chirurgie gynécologique majeure	36
- Coelioscopie	41
- Chirurgie gynécologique mineure	
= curetages.....	101
= cerclages du col.....	2
= abcès du sein	5
= hématome vulvaire	1
: Bartholinite fistulisée....	1

III - FORMATION PARA-MEDICALE

A) Ecole para-médicale

Formation des accoucheuses rurales

B) Formation en cours d'emploi.

GYNECOLOGIE

Observation I

KAD...Yamina : 5ème pare

28 ans, OUARGLA

Prolapsus du col, très allongé, bourgeonnant, sphacélé, de volume d'un pamplemousse, en " battant de cloche ".

Accouchement à domicile quelques jours auparavant.

Anémie ++

Vu le volume de la masse prolapsée on a recours à la voie haute : hystérectomie totale

Observation II

ABA....Fatma

68 ans, OUARGLA

Prolapsus génital du 3ème degré avec ulcération du col.

Incontinence d'urine ++

Technique de LEFORT.

Observation III

BOU.... Hadja

30 ans, OUARGLA

Métrorragies - Douleurs lombaires - Dysménorrhée

Stérilité primaire.

Utérus rétroversé

H.S.G. normale

B.E. normale

Spermogramme normal

Cure de retroversion par promonto-fixation

Observation IV

BEN.... Fatma

34 ans - OUARGLA

Métrorragies après aménorrhée de 45 jours

Coelioscopie pour suspicion de G.E.U. : utérus bifide dont l'un des éléments est gravide.

Le curetage montre un col cloisonné et ramène de l'utérus gravide des débris ovulaires.

Observation V

KHA... Embarka

17 ans - OUARGLA

Consulte pour " certificat de virginité "

- Aménorrhée primaire

- Hymen rompu avec cul de sac vaginal de 3 cm.

- Vulve normale

- Clitoris normal

- Développement des seins normal

- Pilosité de type féminin

- T.R. : pas d'utérus perçu.

Coelioscopie : absence de l'utérus, mais il semble exister 2 cornes utérines symétriques reliées par un pont. Trompes filiformes, mais pavillons normaux. Ovaires normaux avec traces de corps jaunes.

Plastie.

Observation VI

BOU... Louiza

35 ans - TOUGGOURT

Stérité secondaire de 7 ans.

Dysménorrhée - Douleurs pelviennes

Aurait subi un traitement : Rimifon, Streptomycine P.A.S.

T.V. normal.

H.S.G. : cavité normale, sténose gauche avec sacto-salpinx - oblitération droite sans dilatation.

Coelioscopie : séquelles de pelvi-péritonite.

- trompe gauche pelotonnée d'adhérences
- petit hydrosalpinx terminal
- trompe droite cicatricielle avec symphyse des franges tubaires.

B.E. normale

Intervention : néostomie gauche - libération symphyse droite - libération adhérences.

Aucune intervention sur ovaires dystrophiques.

Observation VII

TSA... Liliane

29 ans - BULGARIE

Stérilité secondaire.

Complications infectieuses après 2 ABRTS

Dyspareunie.

H.S.G. : passage normal

T.V. : R.A.S.

Courbe de température normale - HUHNER normal.

B.E. : normale

Coelioscopie : les deux trompes sont bridées par par adhérences lâches, mais les pavillons sont normaux.

Les 2 ovaires sont recouverts d'adhérences.

Intervention : ovario et salpingolysis bilatéral.

Actuellement suivie pour grossesse.

Observation VIII

BEB... Samara

35 ans - OUARGLA

Césarienne il y a 14 ans.

- Tumeur abdomino-pelvienne.

- Aménorrhée depuis 1 an.

Consulte pour douleurs pelviennes - pas de métrorragies - test de grossesse négatif.

T.V. : col haut rétracté, rétropubien - masse de volume d'une tête foetale, très mal limitée, de consistance inégale développée essentiellement dans le Douglas qui est peu douloureux - masse immobile.

Intervention : le petit bassin est inaccessible, recouvert par le sigmoïde et une anse iléale très adhérente. Dissection difficile - ouverture de 2 kystes - pus franc.

Annexectomie droite.

Annexe gauche et utérus indemnes.

Sequelles d'annexite ?

Observation IX

YAY... Barka

30 ans - OUARGLA

K.O. droit après bilan de stérilité

Intervention : L.M.S.O. : sequelles de pévi-péritonite.

- adhérences de tout le petit bassin.

- volumineux K.O. à droite de 12 cm de diamètre

- le K.O. multi-loculaire est développé surtout au niveau du mésosalpinx et du ligament large.

- faux kystes péritonéaux témoignant de poussée inflammatoire récente.

En raison de l'importance des lésions :

Hystérectomie sub-totale sans conservation annexielle.

Observation X

CHE... Aïcha

28 ans - OUARGLA

- Stérilité primaire (10 ans)
- Oliga puis spanioménorrhée.
- Dyspareunie
- Signes d'hyperandrogénie : morphologie de type masculin hypertrichose. /

T.V. : masses annexielles prolabées dans le Douglas douloureuses, polylobées à droite.

Coelioscopie: hydrosalpinx gauche de la taille d'une orange qui " colle " à la paroi latérale du Douglas et au feuillet postérieur du ligament large
Kyste ovarien d'aspect fonctionnel sur ovaire droit.
Intervention refusée par la malade.

Observation XI

HID... Zohra

37 ans - OUARGLA

- Stérilité primaire (19 ans)
- Dysménorrhée, métrorragies - douleurs pelviennes dyspareunie
- masses bilatérales polylobées plongeant dans le Douglas.

Coelioscopie + Intervention : hydrosalpinx bilatéraux.

- Hystérectomie subtotale + Annexeomie bilatérale

Observation XII

DEH... Djemaa

28 ans - OUARGLA

- Stérilité primaire
- Dyspareunie - douleurs pelviennes.

H.S.G. : petite cavité latéro déviée à gauche -
oblitération isthmique bilatérale.

Coelioscopie : adhérences cloisonnant le Douglas
recouvrant les ovaires et pelotonnant les trompes.
Sactosalpinx gauche.

Intervention : libération d'adhérences.

- Ovariolysis gauche et droit.
- Réimplantation tubaire droite après résection
isthmique et intersticielle.

Anapath. : salpingite isthmique nodulaire.

Observation XIII

MES... Zineb

24 ans - OUARGLA

Stérilité secondaire.

- Dysménorrhée - frigidité.
- CT monophasique - Spermogramme normal.

Coelioscopie : adhérences vélamenteuses dans le
Douglas recouvrant l'ovaire gauche et pelotonnant
la trompe gauche dont le pavillon semble normal.

- Trompe droite adhérente et se terminant en massue
dans une poche adhérentielle.

Intervention : libération du Douglas.

- salpingo et ovariolysis bilatéral
- néostomie droite
- résection ovarienne droite.

Observation XIV

AHA... Sassia

28 ans - OUARGLA

Stérilité primaire

- Aménorrhée primaire

- Dyspareunie profonde
- Masse latéro utérine gauche fixée.
- Impossible de cathétériser l'utérus
- Synéchie utérine étendue probable.

Coelioscopie : fond utérin recouvert d'adhérences

- annexe droite forme un kyste tubo-ovarien d'aspect fibreux.
- à gauche, masse latéro-utérine recouverte d'adhérences qui semble être un abcès tubo-ovarien.

Intervention refusée par la malade

Observation XV

BOU... Messaouda

20 ans - HASSI MESSAOU

Stérilité secondaire

- Dysménorrhée - Douleurs pelviennes
- Utérus un peu gros - petites masses polylobées bilatérales.

H.S.G. : hydrosalpinx bilatéraux.

Coelioscopie : adhérences lâches

- utérus congestif
- hydrosalpinx bilatéraux et dystrophie ovar.

Intervention : salpingectomie bilatérale

Anapath : salpingite chronique.

Observation XVI

LOU... Zineb

24 ans - OUARGLA

Stérilité secondaire

Coeliascopie : adhérences cloisonnant le Douglas

Adhérences pelotonnant la trompe et recouvrant l'ovaire à gauche.

à droite : hydrosalpinx de la taille d'un petit doigt, recourbé en 8 - Ovaire recouvert d'adhérences.

Intervention : libération des annexes de l'utérus et du Douglas.

Observation XVII

BENA... Kheira

32 ans - OUARGLA

Stérilité secondaire

- Dyspareunie
- Dysménorrhée
- Masses polylobées latéro utérines gauches.

H.G.S. : normale

B.E. : normale

Coelioscopie : nombreuses adhérences digestives avec l'utérus et les annexes.

Intervention : ovariolyse bilatérale - libération du Douglas.

Observation XVIII

BOU... Fatma

38 ans.

Stérilité secondaire (8 ans)

- Dysménorrhée
- Douleurs pelviennes
- Utérus un peu gros

H.S.G. : sactosalpinx gauche - Pas de passage

Coelioscopie : volumineux kyste tubo-ovarien gauche fixé dans le Douglas.

- à droite l'annexe forme un magma d'où il est difficile de libérer l'ovaire

Intervention : Hystérectomie totale

Observation XIX

GHA... Zoubida

30 ans - OUARGLA

Douleurs pelviennes à droite, persistantes.

Coelioscopie : trompe droite tuméfiée inflammatoire succulente avec adhérences recouvrant la corne d'où sourd une goutte de pus.

- à gauche : pyosalpinx plongeant dans le Douglas.

- les 2 ovaires sont dystrophiques.

Hystérectomie subtotale hystérectomie bilatérale

Observation XX

ATT... Rean

22 ans - OUARGLA

Masse latéro-utérine gauche.

Coelioscopie : masse d'aspect fibromateux sous la base du ligament large, nettement séparés de l'utérus.

U.I.V. : début de compression.

Evacuée sur le Service de Chirurgie Générale.

Observation XXI

BAC... Fatma

35 ans - OUARGLA

Stérilité secondaire

- Douleurs pelviennes

- Utérus fibromateux

Coelioscopie : utérus fibromateux

- ovaire droit dystrophique (3 petits kystes).

Hystérectomie subtotale.

Observation XXII

BEN... Cheikba

Stérilité primaire (20 ans)

- Dysménorrhée
- Dyspareunie
- Utérus augmenté de volume, polomyomateux.

H.S.G. : utérus hypotrophique cylindrique- aspect en "mie de pain" de la trompe droite (endométriose ou tuberculose).

- trompe gauche perméable mais peu souple.

Coelioscopie : un myome en chou de fleur pédiculé de la face antérieure.

- 2 myomes postérieurs
- Trompes épaisses-raides dans leur segment inférieur.

Intervention refusée par la malade.

Observation XXIII

BOU... Kheira

36 ans - OUARGLA

Stérilité primaire

- Dysménorrhée
- Utérus un peu gros.

H.S.G. : utérus en T, hypoplasique

- oblitération isthmique interstitielle à gauche
- sténose à droite en " boule de gui ".

Coelioscopie : utérus myomateux avec un myome postérieur.

- trompe droite porteuse de plusieurs dilatations avec un hydrosalpinx terminal.

Hystérectomie subtotale.

Observation XXIV

DJO... Chadlia

34 ans - OUARGLA

Stérilité secondaire (4 ans).

- Dysménorrhée - Oligoménorrhée.

- Douleurs pelviennes

T.V. : myome du fond utérin

Coelioscopie : utérus myomateux (corne droite)

- adhérences dans le Douglas.

Intervention : libération d'adhérences .

- Myomectomie

Anapath : leiomyome très cellulaire mais suspect

Observation XXV

KHA... Aïcha

49 ans - OUARGLA

H.S.G. : fibrome utérin unique.

Intervention : hystérectomie corporeale (fibrome de la taille d'une grosse orange - sous-muqueux)

- extraction par clivage

- fermeture de l'hystérectomie en 2 plans.

Suites simples.

Observation XXVI

FAT... Ben Mohamed

40 ans - OUARGLA

Fibrome chez une multipare obèse.

Intervention : il s'agit d'un petit utérus avec 3 myomes, mais surtout de 2 kystes de l'ovaire et de 2 hydrosalpinx prolabés dans le Douglas et qui y adhèrent.

Hystérectomie subtotale et annexectomie bilatérale.

Observation XXVII

HAM... Myriam

45 ans - DJEMAA

Fibrome multinodulaire avec hydrosalpinx bilatéral
très volumineux et adhérent à droite.

Hystérectomie subtotale

Observation XXVIII

RAB... Mebarka

40 ans - EL GOLEA

Fibrome multinodulaire enclavé dans le Douglas et
à développement essentiellement transversal du vo-
lume d'une grosse aubergine.

Hystérectomie subtotale.

Observation XXIX

DED... Zohra

29 ans - DJANET

Polype fibreux, accouché par le col.

- Insertion du pédicule dans le fond utérin.

Sous A.G., on coupe le pédicule à sa base d'implan-
tation.

R.U. : R.A.S.

Observation XXX

MEZ... Messaouda

57 ans - OUARGLA

Polype utérin, accouché par le col, sphacélé, ayant
entraîné une anémie importante. Ne pouvant interve-
nir par voie basse on réalise une

Hystérectomie subtotale .

Observation XXXI

BOU... Marnia

35 ans - OUARGLA

Réfection vaginale et périnéale chez une 3ème pare présentant un diaphragme vaginal serré au tiers supérieur moyen empêchant l'accouchement par voie basse.

Femme en travail depuis 24 H.: souffrance foetale

On réalise 4 incisions verticales au niveau du diaphragme et une large épisiotomie gauche.

- Accouchement immédiat. Enfant réanimé 3 mn.

On répare le vagin par une plastie en losange effaçant complètement le diaphragme.

- Réfection du fascia rectis qui est déchiré.

- Réfection de l'épisiotomie.

GROSSESSES EXTRA - UTERINES

Observation XXXII

BOU... Fatma

30 ans - OUARGLA

4ème pare - 5ème geste.

- Métrorragies noirâtres.

- Douleurs pelviennes.

- Retard de règles.

- Masse polylobée à gauche, douloureuse.

T.A. : 12/7 - G.R. : 4.080.000

Coelioscopie : du sang en petite quantité, dans la cavité abdominale et le Douglas.

G.E.U. non rompu ampullaire gauche

- adhérences pelviennes - séquelles inflammatoires.

Intervention : 300 cc de sang - G.E.U. gauche fissurée, saignant dans le ligament large.

Annexectomie gauche.

Guérison.

Observation XXXIII

GHOU... Ghalia

24 ans - OUARGLA

Aménorrhée de 2 mois - pertes noirâtres - vertiges

T.A. : abaissée - pouls rapide.

T.V. : Utérus un peu augmenté de volume non ramolli

Empatement à droite.

Ponction abdominale : confirme l'épanchement.

Intervention : T.A. à 5

- Hémopéritoine important : 3 litres.

- Avortement tubo-abdominal.

Annexectomie droite - Transfusion - Guérison.

Observation XXXIV

YAH... Zohra

31 ans - OUARGLA

Tableau d'inondation péritonéale

- Pouls rapide - T.A. imprenable - Faciès pâle

- Abdomen très douloureux.

T.V. : douloureux, surtout à gauche, Douglas bombant

Ponction du Douglas : sang

Intervention : 2 L. de sang dans l'abdomen

G.E.U. ampullaire gauche rompue.

Annexectomie gauche : guérison.

Observation XXXV

GHO... Ghalia

32 ans - TOUGGOURT

Aménorrhée de 2 mois.

- Douleur pelvienne d'apparition subite

- pertes noirâtres - vertiges

T.A. abaissée - pouls rapide

T.V. : utérus augmenté de volume

- empatement à droite.

Ponction : confirme l'épanchement

Intervention : L.M.S.O. - avortement tubo-abdominal
2 litres de sang.

Annexectomie droite plus transfusion.

Observation XXXVI

HAS... Zohra

30 ans - OUARGLA

5ème pare.

Syndrome de choc hémorragique avec syncope initiale

Paléur extrême - T.A. imprenable, pas de pouls

radial. Masse latéro-utérine droite.

Ponction de la F.I.G. : sang +++

pas de notion de retard de règles - pas de métror-
ragies.

Intervention : L.M.S.O. : filet de sang à l'ouver-
ture - 3 litres.

Eclatement tubaire interstitiel.

Annexectomie gauche.

M O L E S H Y D A T I F O R M E S

HAF... Reguia

38 ans, OUARGLA

14ème pare

Utérus ayant grossi rapidement :

- orange ----- ballon de rugby en l'espace de
15 jours.

Môle confirmée par prolans = 150.000 U.I.

Intervention : hystérectomie totale.

Ouverture de la pièce : môle

SAD... Fatiha

20 ans, OUARGLA

Utérus ayant augmenté de volume rapidement.

Métrorragies noirâtres.

Prolans : 67.500 U.I.

Avortement molaire

Anatomopathologie : confirmation

Suites : masses rénitentes polylobées, à droite,
mobiles dans l'abdomen, mais à point de départ pel-
vien douloureux.

Coelioscopie : kystes multiloculaires bilatéraux
avec début de torsion à droite.

Prolans : 75.000 U.I.

Revue 1 mois après : disparition des kystes.

MED... Fatma

25 ans, OUARGLA

Avortement molaire au terme du 3ème mois.

Môle non embryonnée, macroscopiquement partielle, à
petits grains.

Suites simples.

Chez 36 malades l'indication opératoire a été posée mais 26 seulement ont été opérées dans le service :

- 3 malades auront refusé l'intervention proposée (obs. 10,14,22)

- La 4ème aura été évacuée sur le service de chirurgie générale en raison de la grande complexité prévisible de l'acte opératoire (obs. 20 : volumineux fibrome inclus dans la base du ligament large avec compression urétérale).

I - STERILITE

Plus de la moitié (14) des malades opérées présentaient une stérilité primaire (5 cas), secondaire (9 cas) et la stérilité était la raison essentielle de la consultation. Dans tous les cas, sauf 1, l'intervention a été précédée de coelioscopie.

Chez la moitié de ces malades l'importance et l'étendue des lésions ont nécessité une intervention mutilatrice.

- 6 hystérectomies avec ou sans annexectomie.
- 1 salpingectomie bilatérale.

L'autre moitié a pu bénéficier d'une thérapeutique chirurgicale conservatrice (cure de rétroversion, salpingolysis myomectomie) ou restauratrice (plastie, réimplantation tubaire). (voir tableau)

Les suites opératoires immédiates ont été satisfaisantes dans l'ensemble des cas. Les résultats lointains n'ont pu être jugés valablement, mais dans un cas (obs. 7) l'intervention a été suivie de grossesse.

II - FIBROMES UTERINS

Dix malades présentaient un fibrome utérin de siège variable (voir tableau) deux avaient consulté pour stérilité primaire dans un cas, secondaire dans un autre (voir tableau

S T E R I L I T E

	St. I	St. II	Intervention	Remarques
Obs. 3	X		Cure de rétroversion par promonto fixation	
Obs. 6		X	Plastie tubaire gauche Salpingolysis droit	
Obs. 7		X	Ovario et salpingolysis	Grossesse
Obs. 9	X		Hystérectomie subtotale Annexectomie bilatérale	
Obs. 10	X		Intervention refusée par la malade	
Obs. 11	X		Hystérectomie subtotale Annexectomie bilatérale	
Obs. 12	X		Ovariolyse - Réimplanta- tion tubaire droite	
Obs. 13Q		X	Salpingo et ovariolyse Plastie droite	
Obs. 14	X		Intervention refusée par la malade	
Obs. 15		X	Salpingectomie bilatérale	
Obs. 16		X	Libération d'adhérences	
Obs. 17		X	Libération d'adhérences	
Obs. 18		X	Hystérectomie subtotale	
Obs. 21		X	Hystérectomie subtotale	
Obs. 22	X		Hystér ectomie proposée Refusée par la malade	
Obs. 23	X		Hystérectomie subtotale	
Obs. 24		X	Myomectomie	

FIBROMES UTERINS

Obs. 21	Utérus fibromateux (voir tableau de stérilité)	Hystérectomie subtotale
Obs. 23	Myome postérieur (voir tableau de stérilité)	Hystérectomie subtotale
Obs. 24	Myome du fond	Myomectomie
Obs. 25	Fibrome sous muqueux	Myomectomie
Obs. 26	Utérus polyfibromateux	Hystérectomie subtotale et Annexectomie bilatérale
Obs. 27	Utérus polyfibromateux	Hystérectomie subtotale
Obs. 28	Utérus polyfibromateux enclavé dans le Douglas	Hystérectomie subtotale
Obs. 29	Polype fibreux accouché par le col.	Myomectomie par section du pédicule
Obs. 30	Polype fibreux sphacélé accouché par le col	Hystérectomie subtotale

stérilité obs. 21 et 23).

Il s'agissait de malades dont l'âge oscillait entre 35 et 45 ans, sauf dans 2 cas (obs. 29 : 29 ans et obs. 30 : 57 ans).

Les interventions pratiquées ont été :

- la myomectomie dans 3 cas.
- l'hystérectomie subtotale dans 7 cas.

III - PROLAPSUS

Les deux observations de prolapsus relevées dans cette série de malades constituent 2 exemples typiques :

1°) - de prolapsus de la femme âgée, stade III (n° 2) très fréquent.

2°) - de prolapsus du col survenant après un accouchement, forme rare de prolapsus cervical.

Dans le premier cas on s'est contenté d'une fermeture du vagin suivant la technique de LEFORT.

Dans le deuxième cas, malgré le jeune âge de la malade, la gravité et l'ancienneté de la lésion ont imposé l'hystérectomie totale.

Remarques : on retrouvera dans les observations de césarienne : obs: 32, un prolapsus cervical avec oedème monstrueux empêchant tout accouchement par les voies naturelles.

Césarienne sans cure de prolapsus.

IV - MALFORMATIONS UTERINES

Les 3 cas de malformations utérines (obs. 5,31,4) ont été dépistés au cours de la grossesse (obs. 4); au cours de l'accouchement - dystocie d'engagement (obs. 31); et à l'occasion d'une consultation médico-légale (problème de virginité obs. 5).

Dans l'observation n° 4 il s'agissait d'un utérus

double avec héli-utérus gravide ayant fait suspecter, en raison des métrorragies douloureuses, une grossesse extra-utérine; diagnostic redressé par la coelioscopie.

Dans l'observation n° 5, le syndrome malformatif réunissait :

- Absence de vagin
- Absence d'utérus
- Présence de cornes utérines rudimentaires^
- Présence d'ovaires et de trompes normaux.

(Syndrome de ROKITANSKY)

Le traitement s'est résumé :

- Dans le premier cas en une évacuation par curetage de l'héli-utérus gravide.

- En une incision en croix du diaphragme dans le 2ème cas.

- Dans le syndrome de ROKITANSKY, une plastie vaginale a été tentée.

Ces 3 malades n'ont pu être revues par la suite.

V - GROSSESSES EXTRA-UTERINES

Les 5 grossesses extra-utérines opérées dans le service l'ont été au stade des complications :

- 1 hématosalpinx
- 4 inondations péritonéales.

Même dans cette petite série, nous avons pu retrouver un cas atypique de G.E.U. rompue sans retard de règles et sans métrorragies (obs. 36).

VI - CURETAGES

Les curetages effectués (101) non inclus dans le bilan des interventions gynécologiques ont permis dans les trois observations suivantes l'évacuation de mûles.

O B S T E T R I C U E

A la MATERNITE de OUARGLA, il a été pratiqué en 1971, 552 accouchements normaux qui se répartissent comme suit :

- Présentation du sommet..... 531
- Présentation du siège 17
- Présentation de la face 4

Ce chiffre peu élevé d'accouchements normaux s'explique non seulement par la faible capacité du service, mais aussi par le grand nombre d'accouchements normaux pratiqués encore à domicile par les matrones.

Par contre, dans la même période, il y a eu 60 accouchements dystociques ou complications de dystocie.

- 4 manoeuvres obstétricales
 - = " désaccrochage " de jumeaux
 - = version par manoeuvres internes suivies de grande extraction.
 - = 2 grandes extractions du siège
- 17 applications de forceps.
- 33 césariennes
- 6 ruptures utérines.

Si l'on s'en tient à ces chiffres, nous arrivons aux indices de fréquences suivants :

- 1 accouchement dystocique sur 10 accouchements normaux.
 - 1 césarienne sur 20 accouchements normaux
 - 1 rupture utérine sur 100 accouchements normaux.
- Chiffres sans valeur statistique absolue, mais qui n'en indique pas moins l'importance de la dystocie dans la région de OUARGLA.

Les interventions césariennes ont toujours été pratiquées en urgence absolue: essentiellement pour cause mécanique (21 cas sur 33).

Dans les autres cas, il s'agissait surtout de souffrance foetale, rarement isolée, sans cause apparente (obs. 22 et 23), souvent associée à différents syndromes : H.R.P., P.P., procidence du cordon etc...

T A B L E A U

I - CAUSES MECANIQUES

A - Présentations dystociques (11)

- Présentations de l'épaule (4) : obs. 1,2,3,4
dont 2 négligées : Obs. 1 et 4
- Présentations défléchies (7) : Obs. 5,6,7,8,
9,20,21
 - 3 fronts
 - 1 face en mento-postérieure
 - 1 bregma
 - 2 occipito-postérieures.

- ##### B - Disproportion foeto-pelvienne (B.G.R.)- (10)
- obs. de 10 à 19 dont :
- 2 césariennes itératives
 - 1 césarienne bi-itérative.

II - SOUFFRANCE FOETALE

- ##### A - Isolée (2) : Vbs. 22 et 23

- B - Associée (10) : H.R.P. Obs. 24
P.P. Obs. 27 et 28
Procidence du cordon Obs. 25
et 26.
Dystocie dynamique : Obs. 29
30, 31 et 32.
Eclampsie convulsive : Obs. 33

Les observations se répartissent en :

- 1/3 de césariennes pour souffrance foetale, isolée ou associée et
- 2/3 pour cause mécanique.

La distribution des malades en fonction de l'âge donne un chiffre élevé de femmes ayant dépassé la trentaine (22/33)

Malgré les conditions opératoires difficiles (urgences immédiates après une période de travail déjà longue (plusieurs jours dans les observations d'épaule négligée), les résultats n'ont été défavorables que dans 2 cas :

- enfant décédé : obs. 13
- décès brutal de l'opérée au 8ème jour après suites immédiates satisfaisantes. (obs. 15).

RUPTURES UTERINES

Les 6 observations de ruptures utérines se répartissent ainsi :

- 1 déhiscence : rupture sur utérus cicatriciel
(obs. 34)
- 5 ruptures vraies sur utérus non cicatriciel dont
 - = 1 rupture segmentaire propagée au col.
 - = 4 ruptures complexes intéressant le corps , le S.I. et le vagin.

Il n'y a parmi ces observations aucun cas de rupture segmentaire isolée ou seulement propagée au bord de l'utérus ; l'étendue et la complexité des lésions laissent supposer des tentatives d' " accouchement de force ".

Ce traitement a été mutilateur par nécessité : hystérectomie inter-annexielle ; le traitement conservateur par suture de la déchiscence cicatricielle n'ayant été réalisé que dans l'observation 34.

La mortalité a été nulle, mais on relève une fistule vésico-vaginale dans les suites immédiates (obs. 35).

Observation I

ABA ... Fatma

40 ans - OUARGLA

Césarienne : pour présentation de l'épaule négligée de plus de 2 jours.

Enfant mort - infection grave.

Intervention : début de gangrène gazeuse

A l'ouverture de l'utérus, sortie brutale de gaz accumulés - Odeur fétide ++.

Enfant mort et macéré.

Suites satisfaisantes.

Observation II

Césarienne pour présentation de l'épaule + prérupture placenta praevia marginal, chez une parturiente épuisée avec anémie sévère.

- Extraction difficile d'un enfant qui sera réanimé.

- A 4mn APGAR = 5 / 10

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation III

KAS... Aïcha

41 ans - OUARGLA - GHARDIA

Césarienne itérative en cours de travail pour présentation de l'épaule chez une 10ème pare n'ayant qu'un enfant vivant.

- Segmentaire transversale : garçon vivant réanimé pendant 3 mn

Suites bonnes pour la mère et l'enfant.

Observation IV

BES... Khedidja

35 ans - OUARGLA

Césarienne pour présentation de l'épaule négligée et procidence du cordon battant faiblement.

- Enfant en état de mort apparente : réanimation 5 mn.

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation V

KAS... Zohra

40 ans - TOUGGOURT

Césarienne pour présentation de la face enclavée en mento-postérieure

- Segmentaire transversale sur laquelle est branchée une incision longitudinale corporéale (incision en T renversé)
- Extraction par le siège d'un enfant vivant, criant quussitôt. Césarienne très hémorragique.

Observation VI

MES ... Kheira

28 ans - OUARGLA

Césarienne pour présentation du bregma

- Femme en travail depuis 12 heures.
- Début de souffrance foetale.

Enfant vivant bien portant.

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation VII

BAR... Aicha

38 ans - OUARGLA

Césarienne pour présentation du front - B.C.F. ralentie. Extraction d'un gros enfant vivant (4.600 gr)

Observation VIII

KHAH... Fatma

36 ans - OUARGLA

Césarienne pour présentation du front - altération des B.C.F. chez une 11ème pare.

- enfant vivant bien portant
- stérilisation par triple électro-coagulation.

Observation IX

SAR... Messaouda

40 ans - METLILI

Césarienne pour présentation du front avec couffrance foetale (liquide teinté, modification des B.C.F.) chez une 11ème pare en travail depuis 24 heures.

Intervention : liquide " purée de pois "

- Extraction difficile (tête enclavée, main latérocidente) d'un enfant vivant réanimé pendant 2 mn - double circulaire du cordon.
- Ligature des trompes.

Observation X

ALM... Bahia

25 ans - OUARGLA

Césarienne pour disproportion foeto-pelvienne chez une 3ème pare.

- segmentaire transversale
- enfant vivant pesant 4.600 gr

Ablation de deux petits myomes du fond utérin
Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XI

KOU... Mebarka

28 ans - EL OUED

Césarienne pour disproportion foeto-pelvienne - B.C.R.

- Enfant mort né au cours du travail

- Hypertonie irréductible de l'utérus.

Observation XII

BOU... Bia

35 ans - GHARDIA

Césarienne pour disproportion foeto-pelvienne

- Etat de pré-rupture

- B.C.F. = 0

Observation XIII

OUL ... Abdallah alla

33 ans - OUARGLA

Césarienne chez une 6ème pare pour disproportion
foeto-pelvienne

- souffrance foetale

- tête fixée au D.S. avec chevauchement important
des pariétaux et volumineuse bosse séro-sanguine

Enfant décédé dans les heures qui ont suivi l'inter-
vention.

Observation XIV

BOU ... Khedidja

25 ans - OUARGLA

Césarienne pour bassin limite- Engagement difficile
en O.S. Echec du forceps.

- Segmentaire transversale

- Enfant vivant bien portant

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XV

SLI ... Messaouda

30 ans - OUARGLA

Césarienne bi-itérative systématique en début de travail pour B.G.R.

- L'ancienne cicatrice est fibreuse à gauche et adhère fortement à la vessie.
- Segmentaire transversale, juste au-dessus de l'ancienne cicatrice.
- Enfant criant aussitôt.

Arrêt cardiaque au cours de l'intervention - massage cardiaque externe - reprise des battement cardiaques.
Fin de l'intervention selon la technique habituelle.
Suites immédiates simples.

Femme D.C.D. brutalement le 8ème jour.

Observation XVI

BAA ... Salha

42 ans - OUARGLA

Césarienne itérative chez une femme de 42 ans présentant un B.G.R. et début de souffrance foetale.

Extraction d'une fille vivante bien portante.

Pas de garçon : pas de ligature.

Observation XVII

KAB ... Yasmina

25 ans - OUARGLA

Césarienne itérative en début de travail pour B.G.R.

Intervention : la vessie remonte très haut et recouvre le S.I.

- Dissection prudente.
- Hystérotomie longitudinale segmento-corporéale
- fille vivante bien portante.

APGAR = 7/10

Observation XVIII

THE ... Aïcha

17 ans - OUARGLA

Césarienne pour B.G.R. et dilatation stationnaire chez une 1ère pare en travail depuis 24 heures. Bosse séro sanguine. Début de souffrance foetale.

Hystérectomie segmentaire transversale.

Extraction difficile d'un enfant dont la tête est bien engagée. APRGAR = 7/10 à 5 mn

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XIX

BEL ... Aïcha

17 ans - OUARGLA

Césarienne chez une primipare pour bassin transversalement rétréci. Tête en O.I.D.P. à la limite de l'engagement. Grosse bosse séro-sanguine.

- Segmentaire transversale

- Enfant vivant criant aussitôt

Suites simples pour la mère et l'enfant.

Observation XX

DER ... Djemaa

41 ans - OUARGLA

Césarienne chez une 11ème pare pour dystocie d'engagement. Gros enfant . Droite postérieure. Début de souffrance foetale.

- Enfant vivant de 4.000 gr APGAR = 6/10

- Ligature des trompes.

Observation XXI

BEN ... Fatma

35 ans - OUARGLA

Césarienne chez une 8ème pare pour arrêt de progression - présentation postérieure - B.C.F. ralentis.

- Gros enfant vivant.

Observation XXII

BAA ... Salha

40 ans - OUARGLA

Césarienne pour souffrance foetale - Primipare âgée.

Dilatation stationnaire (3cm) - Liquide teinté.

- Transversale segmentaire.

- Enfant vivant criant aussitôt.

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XXIII

HAG ... Fatima

20 ans - OUARGLA

Césarienne pour arrêt de progression - liquide amniotique teinté. En travail depuis 15 H. - B.C.F. modifiés.

- Transversale segmentaire.

- Enfant vivant criant aussitôt.

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XXIV

HAF ... Fatma

35 ans - OUARGLA

Césarienne pour souffrance foetale en début de travail Mauvais relâchement utérin. Petite hémorragie de sang rouge.

- Segmentaire transversale. Enfant réanimé

- H.R.P. de 700 gr (pratiquement sans signes clinique).

Suites satisfaisantes pour l'enfant et la mère (transfusée).

Observation XXV

GUE ... Oumelkheir

35 ans - OUARGLA

5ème pare.

Césarienne pour procidence du cordon après rupture spontanée de la P.D.E. Modification des B.C.F.

- Enfant vivant bien portant.

Observation XXVI

BEN ... Souda

35 ans - OUARGLA

Césarienne pour procidence du cordon et début de souffrance foetale chez une 7ème pare.

- Enfant vivant bien portant : APGAR = 8/10 à 3mn

- Stérilisation.

Observation XXVII

MEK ... Aïcha

18 ans - OUARGLA

Césarienne pour placenta praevia central en début de travail. Hémorragie ++ - Choc ++

- Enfant réanimé : 5mn APGAR = 5/10

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XXVIII

BEL ... Baya

35 ans - GHARDIA

Césarienne pour placenta praevia marginal évacuée de GHARDIA. Grossesse près du terme - A saigné abondamment. Etat de choc.

- Segmentaire transversale

- Enfant réanimé APGAR = 7/10 à 5 mn

Stérilisation par triple électro-coagulation sur pince sur chaque trompe. Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XXIX

MAS ... Khedidja

30 ans - OUARGLA

Césarienne chez une 2ème pare après 12 ans de stérilité pour dystocie dynamique, 3 jours après rupture de la P.D.E.

- Segmentaire transversale

- Enfant vivant de 3.900 gr

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XXX

DID ... Messaouda

30 ans - OUARGLA

Césarienne au cours du travail chez une primipare âgée après 12 ans de stérilité

- Transversale segmentaire

- Enfant vivant de 3.200 gr

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XXXI

LEB ... Mama

29 ans - GHARDIA

Césarienne pour dystocie dynamique sévère et souffrance foetale. Col oedémateux, cartonné, interdisant l'accouchement par voie basse.

- Transversale segmentaire.

- Enfant vivant réanimé 2 mn

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XXXII

LAM ... Hadja

37 ans - OUARGLA

Césarienne chez une 9ème pare (un seul enfant vivant) en travail depuis 10 jours présentant un prolapsus

cervical total avec oedème de la taille d'une tête d'enfant, empêchant un accouchement par voie basse.

- Transversale segmentaire

- Enfant vivant APGAR : 7/10

Suites satisfaisantes pour la mère et l'enfant.

Observation XXXIII

BAR ... Mabrouka

20 ans - OUARGLA

Césarienne chez une primipare présentant des crises d'éclampsie répétées.

Utérus tétanisé - Non progression du travail - Bosse séro-sanguine ++ - B.C.F. ++

- Extraction par les membres inférieurs d'un garçon vivant.

RUPTURES UTERINES

Observation XXXIV

BAY ... Baya

29 ans - GHARDIA

Antécédents : 3ème pare - de césarienne

Césarienne pour début de rupture utérine - présentation de l'épaule

Le début de la rupture se situe au niveau de l'extrémité gauche de l'ancienne cicatrice.

Enfant mort.

Intervention : issue d'une main à travers la brèche.

Difficultés d'extraction du fœtus.

On pratique une incision corporeale. Fermeture facile

Ligature des trompes

Suites satisfaisantes.

Observation XXXV

KHA ... Fatma

25 ans - METLILI

Hystérectomie totale pour rupture utérine pendant le travail, suspectée par : choc - mort foetale

Pas d'hémorragie externe. La tête est profondément engagée. Extraction par forceps

Revision utérine - Rupture utérine

Intervention : brèche segmentaire oblique latérale droite ayant intéressé le corps - le S.I. - le col - le vagin.

Suites opératoires : fistule vésico-vaginale opérée
Six mois après

Malade revue : état satisfaisant.

Observation XXXVI

HAD ... Saïda

36 ans - GHARDIA

Hystérectomie totale inter-annexielle chez une 10ème pare, présentant une déchirure segmentaire postérieure oblique basse atteignant l'orifice interne, découverte 15 jours après l'accouchement du fait de la persistance du saignement.

Observation XXXVII

SAT ... Khadra

27 ans - OUARGLA

Hystérectomie subtotale pour rupture utérine

Hydrocéphale enclavé à la partie moyenne de l'excavation depuis 2 jours.

Extraction par forceps (le diagnostic d'hydrocéphalie n'ayant pas été posé).

Observation XXXVIII

KOH ... Halima

26 ans - OUARGLA

Césarienne pour bassin généralement rétréci et défaut d'engagement à dilatation complète.

volumineuse bosse séro-sanguine - Tête bloquée au D.S en O.I.D.P. Début de contracture de l'utérus.

- A l'ouverture, on met en évidence une rupture utérine segmentaire qui se propage au col et au 1/3 supérieur du vagin.

- Extraction difficile d'un enfant vivant criant à 3 mn.

Hystérectomie pratiquement totale (le bourrelet cervical est impossible à repérer. Réparation du vagin.

Alors qu'on commence la péritonisation : arrêt cardiaque . Massage cardiaque couronné de succès.

Suites simples . Guérison.

Observation XXXIX

MAD ... Fatma

21 ans - GHARDIA

7ème geste - 2 enfants vivants.

Césarienne pour épaule négligée adressée d'urgence de GHARDIA. B.C.F. = 0 - Choc - Foetus perçu sous la paroi abdominale

Intervention : foetus mort dans la cavité abdominale
Utérus rompu au niveau du S.I. transversalement avec déchirure du ligament rond gauche et déchirure verticale de la paroi antérieure du col et du vagin.

Hystérectomie : guérison.

C O N C L U S I O N

Au terme d'une année de service national à l'hôpital de OUARGLA, ce bilan d'activité nous a suggéré quelques remarques sous l'angle limité de la Gynécologie-Obstétrique.

Si la pathologie gynécologique à OUARGLA est dominée par le problème de la *stérilité* le plus souvent d'origine tuberculeuse - ce qui se retrouve également dans les autres régions du pays, urbaines et rurales -, la pathologie obstétricale est représentée par contre, comme il fallait s'y attendre, essentiellement par les *syndromes d'urgence*, dystocies ou complications de la dystocie.

Dès lors, le médecin affecté dans l'un de ces hôpitaux de l'arrière pays doit être en mesure de résoudre *sur place* des problèmes d' *urgence absolue* : une parturiente qui saigne par placenta prévia, ou qui a rompu son utérus, ne peut pas toujours supporter une évacuation vers un centre plus équipé, éloigné de 100, 200 kilomètres, voire davantage.

Aussi, serait-il souhaitable d'apporter au régime des Etudes de Spécialité en Gynécologie-Obstétrique quelques modifications qui pourraient être :

1°) Les études en vue de l'obtention du certificat d' Etudes Spéciales (C E S) de Gynécologie-Obstétrique peuvent être entreprises dès la fin des études médicales. Elles donnent droit à une année de sursis supplémentaire au cours de laquelle;

2°) L'enseignement est axé sur les bases fondamentales de la discipline (Gynécologie-Obstétrique normales) et surtout, sur les syndromes d'urgence et leurs traitements.

3°) La deuxième année de scolarité est une année de *stage pratique*, effectué obligatoirement dans un hopital de l'intérieur du pays, suffisamment structuré et équipé.

Cette année de stage, au titre du service national, si le jeune médecin est incorporé, comporte un bilan d'activité noté par un jury ou par le chef de département de Gynécologie Obstétrique.

Ces modifications principales, conformes à l'esprit de la réforme des Etudes Médicales, s'appliqueraient aux étudiants en Spécialité - si le régime des C E S était maintenu - et ne devraient pas exclure les *résidents*, actuellement destinés en priorité à l'encadrement des étudiants en Médecine.

